

**国民健康保険 限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額**

認定申請書

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		日
限度額適用減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		日
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日

住所 _____

世帯主名 (申請者) _____

電話番号 _____ 個人番号 _____

福岡県福津市長 原崎 智仁 殿		来庁者氏名	続柄 ()
処理欄	イ 市町村民税非課税証明書		受付番号 (第 号)
	ロ 保護申請却下通知書		交付番号 (第 号) 認定
	ハ 公簿 ()		等年月日
	ニ 却下 (理由)		令和 年 月 日
差額支給 有・無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	

長期該当：令和 年 月 日 ～ 滞納：有・無

本人確認または委任状あり

受付 ()